



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Information

Patient Legal Name: _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____

Address: _____

City: _____ State: ____ Zip: _____

Phone: _____ Fax: _____

Email Address: _____

Clinic / Hospital Health Provider

Who is providing the protected health information (PHI)?

Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: ____ Zip: _____

Phone: _____ Fax: _____

Email Address: _____

Receiving Person / Organization

Who is receiving the protected health information (PHI)?

Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: ____ Zip: _____

Phone: _____ Fax: _____

Email Address: _____

Dates of Service for Request

From Date (MM/DD/YYYY): _____ To Date (MM/DD/YYYY): _____

Name: _____

DOB: _____ MRN: _____

Protected Health Information (PHI) to Be Released

Check the box(es) for information you are authorizing for release

Routine Record Sets:

- Hospital - PERT PACK
Includes history and physical, discharge report, consults, operative report, emergency report, lab / radiology test results
- Labs Only
- Radiology Reports
- Medical Images
- Physical / Occupational Therapy
- Clinic
Office visit, immunization, etc.
- Other: _____

Billing Statements:

- Hospital
- Clinic

Special Authorization Required for Release

- Alcohol / Substance Use Disorder Treatment Information
- Genetic Testing Information
- HIV Test Results
- Mental Health Treatment Information*
*Separate authorization is required to authorize the disclosure of use of psychotherapy notes, as defined in the federal HIPAA regulations

Release Delivery Method

- Mail Fax CD
- Digital Delivery MyChart Portal
- Secure Email*

*Please initial here: _____ to indicate you understand the security risk involved that once the information leaves Barton’s secure mode of transmission, the communication may be read / intercepted by a third party.

Name: _____
DOB: _____ MRN: _____

Purpose for This Release

How is the PHI to be used?

- Patient / Patient Representative
- Treatment / Continuing Care
- Legal
- Other / Description _____

This information will not be used for any purpose other than its intended use.

Patient Rights

By signing this authorization I understand:

- I authorize the use or disclosure of my Protected Health Information (PHI) as described for the purpose(s) and to the persons listed. I have a right to receive a copy of this authorization.
- I may refuse to sign this authorization, and refusal to sign will not affect my treatment, payment, or my eligibility for benefits. I understand that medical treatment is not conditioned on my release of Protected Health Information to any third party.
- I have the right to revoke this authorization, in writing. Revocation will not affect uses/disclosures that have already occurred.
- I understand that my alcohol and/or drug treatment records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R. Part 2, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations.
- Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure is in some cases not prohibited by California law and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA). However, California law prohibits the person receiving my health information from making further disclosure of it unless another authorization for such disclosures is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

Patient Signature

Patient Signature: _____

Printed Name: _____

Date (MM/DD/YYYY): _____ Time: _____

Your signature authorizes the release of information to the same person(s) as designated, for treatment provided after the date of this signature, as long as such treatment occurs before the expiration date below.

Name: _____
DOB: _____ MRN: _____

Personal Representative Information

Representative Signature: _____

Printed Name: _____

Date (MM/DD/YYYY): _____ Time: _____

Relationship: _____ Phone: _____

Address: _____

City: _____ State: ____ Zip: _____

Legal Authority

What legal authority do you have to authorize the release of PHI?

- Patient
- Parent of Minor
- Guardian
- Conservator
- Power of Attorney
- Executor of Will
- Administrator of Estate
- Other: _____

OFFICE USE ONLY

Authorization Explanation

Unless otherwise revoked, this authorization expires twelve months from the date of signing of this form.

Expires (MM/DD/YYYY): _____

Release of Information Staff ID Verification

Identification Type:

- Military ID
- Passport
- Driver License / State ID
- Other: _____

Medical Record Number (MRN): _____

Name: _____
DOB: _____ MRN: _____



AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Información del/de la paciente

Nombre legal del/de la paciente: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Clínica / Proveedor de servicios médicos

¿Quién proporciona la información de salud protegida (ISP)?

Nombre: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Persona/Organización que reciba la información

¿Quién recibe la información de salud protegida (ISP)?

Nombre: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fechas de servicio para la solicitud

Name: _____

DOB: _____ MRN: _____

Fecha de informe (MM/DD/AAAA): _____

Hasta la fecha (MM/DD/AAAA): _____

Información de salud protegida (ISP) a ser divulgada

Marque las casillas de información que está autorizando para la divulgación

Grupos de registros de rutina:

Hospital – PAQUETE PERT

incluye antecedentes e historial físico, informe de alta, consultas, informe quirúrgico, informe de emergencia, resultados de las pruebas de laboratorio / radiología

Solo resultados de laboratorios

Informes de radiología

Imágenes médicas

Terapia física / ocupacional

Visita al consultorio clínico

Clínica, vacunas, etc.

Otros: _____

Extractos de Facturación:

Hospital

Clínica

Autorización especial necesaria para la divulgación

Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol/sustancias

Información sobre pruebas genéticas

Resultados de la prueba de VIH

Información sobre el tratamiento de la salud mental*

*Es obligatoria una autorización por separado para autorizar la divulgación del uso de notas de psicoterapia, según se define en las reglamentaciones federales HIPAA

Name: _____

DOB: _____ MRN: _____

Método de entrega de divulgación

- Correo Fax CD
- Entrega digital Portal MyChart
- Correo electrónico seguro*

*Por favor, ponga sus iniciales aquí: _____ para indicar que entiende el riesgo de seguridad que implica que una vez que la información abandona el modo seguro de transmisión de Barton, la comunicación puede ser leída o interceptada por terceros.

Objetivo de esta divulgación

¿Cómo se debe utilizar la ISP?

- Paciente / Representante del/de la paciente
- Tratamiento / Cuidado continuo
- Legal
- Otros / Descripción _____

Esta información no se utilizará para ningún otro propósito que no sea su uso previsto.

Derechos del/de la paciente

Al firmar esta autorización entiendo lo siguiente:

- Autorizo el uso o la divulgación de mi Información de salud Protegida (ISP) según se describe para el propósito(s) y personas enumeradas. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y esto no afectará mi tratamiento, pago ni elegibilidad de beneficios. Entiendo que el tratamiento médico no está condicionado a la divulgación de Información de salud protegida a terceros.
- Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito. La revocación no afectará los usos ni las divulgaciones que ya se hayan producido.
- Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización podría volver a divulgarse por el/la destinatario/a. En algunos casos, esa redivulgación no está prohibida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información médica que haga una divulgación adicional de esta, a menos que se obtenga otra autorización para esas divulgaciones de mi parte o a menos que esa divulgación sea específicamente obligatoria o esté autorizada por ley.

Name: _____
DOB: _____ MRN: _____

Firma del/de la paciente

Firma del/de la paciente: _____

Nombre impreso: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____ Hora: _____

Su firma autoriza la divulgación de información a la misma persona(s), según se designa, para el tratamiento proporcionado después de la fecha de esta firma, siempre y cuando ese tratamiento suceda antes de la fecha de vencimiento detallada a continuación.

Información del/de la representante personal

Firma del/de la representante: _____

Nombre impreso: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____ Hora: _____

Relación/parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autoridad legal

¿Qué autoridad legal tiene para autorizar la divulgación de ISP?

- Paciente
- Padre del/de la menor
- Tutor/a
- Curador/a
- Poder
- Albacea testamentario
- AAdministrador/a de patrimonio
- Otros: _____

OFFICE USE ONLY

Authorization Explanation

Unless otherwise revoked, this authorization expires twelve months from the date of signing of this form.

Expires (MM/DD/YYYY): _____

Release of Information Staff ID Verification

Identification Type:

- Military ID
- Passport
- Driver License / State ID
- Other: _____

Medical Record Number (MRN): _____

Name: _____

DOB: _____ MRN: _____